



Autocertificazione sullo stato di salute per l'assunzione alle dipendenze del Comune di Paradiso

Il Regolamento organico dei dipendenti comunali sancisce che il candidato all'assunzione presenti un certificato di buona salute.

Il rapporto di fiducia che il Municipio desidera costruire con ogni suo dipendente comincia all'assunzione; in questo senso la presente autocertificazione (compilata dal candidato) ha lo scopo di rendere attento il datore di lavoro su eventuali ostacoli per lo svolgimento corretto del proprio lavoro, legati alla salute. La conferma dell'assunzione potrebbe inoltre essere subordinata ad una visita medica di controllo da parte di un medico fiduciario.

Se la persona firmataria ha sottaciuto una malattia esistente, una malattia precedente soggetta a ricadute oppure di essere a beneficio o aver fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione, essa si rende colpevole di reticenza e l'Autorità di nomina è liberata da ogni obbligo.

**Una falsa dichiarazione di salute può giustificare l'annullamento dell'assunzione o della nomina.
Tutte le informazioni che figurano nel questionario vengono trattate in modo confidenziale.**

concorso

Per la funzione di _____ servizio _____

generalità

Nome e Cognome	_____
Data di nascita	_____
Indirizzo	_____
Telefono	_____

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. E' affetto/a o è stato/a affetto/a negli ultimi 10 anni da uno o più disturbi della salute come da elenco sottostante oppure soffre delle conseguenze di un infortunio, di una malattia o di un vizio congenito? | Sì | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È a beneficio o ha fatto richiesta di prestazioni (rendita o provvedimenti professionali) da parte dell'assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio o cassa pensione? | Sì | No |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Luogo e data _____ Firma autografa _____

Elenco dei disturbi alla salute che richiedono una risposta affermativa alla domanda 1 (N.B.: **non** sottolineare la patologia di cui si è affetti o stati affetti)

- Artrosi o altri problemi alle articolazioni, disturbi della colonna vertebrale, ernia del disco, sciatica, reumatismi, gotta, eventuali altri problemi rilevanti dell'apparato locomotorio.
- Pressione arteriosa alta nonostante l'assunzione di terapia medicamentosa, affezioni venose o arteriose, problemi cardiaci (malattia coronarica, infarto, difetto di valvole, altro).
- Emicrania severa, epilessia, paralisi o altre malattie neurologiche gravi, sclerosi multipla, colpo apoplettico (ictus), diminuzione della vista e dell'udito non interamente corretta.
- Disturbi o malattie psichiche (depressione, ansia, fobie, schizofrenia, altro).
- Diabete mellito, disturbi alla tiroide o altre ghiandole.
- Malattie infettive con decorso prolungato (p.es. epatite cronica, AIDS, tubercolosi).
- Malattie croniche del sangue o del sistema linfatico, cancro.
- Malattie croniche dei reni, insufficienza renale.
- Malattie croniche delle vie respiratorie (asma, broncopatia cronica ostruttiva, enfisema, altro).
- Malattie croniche dell'apparato digerente (colite ulcerosa, M. di Crohn, malattie croniche del fegato o del pancreas, altro).
- Alcolismo o altre tossicomanie (droghe, medicinali).
- Eventuali altre malattie con decorso prolungato o cronico.

Il presente modulo debitamente compilato e sottoscritto deve essere accluso alla documentazione presentata per il posto a concorso